

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Inalia Morales Pena

**PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS
A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES ACOMPANHADOS PELA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE IRAI**

PORTO ALEGRE,

2018

Inalia Morales Pena

**PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS
A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES ACOMPANHADOS PELA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE IRAI**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Especialização
em Saúde da Família da Universidade
Federal de Ciências da Saúde de Porto
Alegre.

Orientador: Daniel Victor Coriolano
Serafim.

PORTO ALEGRE,

2018

SUMÁRIO

1 ATIVIDADE 1 DO PORTAFÓLIO - INTRODUÇÃO	3
2 ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO – ESTUDO DE CASO CLÍNICO	6
3 ATIVIDADE 3 DO PORTAFÓLIO – PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	9
4 ATIVIDADE 4 DO PORTFÓLIO VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE DO DOMICÍLIO	17
5 ATIVIDADE 5 DO PORTFÓLIO - REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	27

1 ATIVIDADE 1 DO POTAFÓLIO - INTRODUÇÃO

Meu nome é Inalia Morales Pena, tenho 49 anos de idade e sou cubana, sou da Província Las Tunas onde cresci e terminei mi educação básica, me graduei com o título de médica em julho do ano 1993 e logo fiz Especialização em medicina geral Integral no ano 1997. Em julho do 2016 aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil, desde então atuo na cidade de Irai, pertencente ao Estado do Rio Grande do Sul. Eu trabalho na unidade básica de saúde de Irai na equipe de Saúde da família 3.

Irai é uma cidade localizada no extremo norte do Estado Rio Grande do Sul, cercada por matos nativos. Faz divisa com o Estado Santa Catarina através do Rio Uruguai.

Limites:

Norte: Santa Catarina.

Sul: Planalto e Ametista do Sul.

Oeste: Frederico Westphalen e Vicente Dutra

Leste: alpestre.

Tem uma população estimada de 7.969 habitantes segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística), com um aproximado da população urbana de 4,407hab e uma população rural de 3.562 habitantes, com uma área de unidade territorial 2015/km² de 180,962 km² e uma Densidade demográfica de 44,64 hab./km². Distancia da capital de 450km de Porto Alegre.

Quanto a economia, é baseada principalmente na agricultura. O município tem 3% de desempregados. A maior empresa da cidade é a Prefeitura Municipal que trabalha no ramo do atendimento da população, e tem 368 funcionários.

Quanto aos habitantes, 4,075 são homens e 3,894 são mulheres, tem menos de 5 anos 480 e tem mais de 60 anos 1,379, de eles moram na zona urbana 798 e na zona rural 591.

A população cresce cerca de 2.06% por ano, de 10 anos atrás até hoje a população local diminuiu cerca de 109 pessoas. O percentual de pessoas com mais de 60 anos é de 17,07 % o que corresponde a 1,379 pessoas. A mortalidade proporcional por idade indica que a maioria das pessoas morre quando está na

faixa etária entre 70 e 75 anos. A esperança de vida ao nascer é de 80 anos para as mulheres e de 75.7 para os homens.

Quanto a escolaridade, temos perto do 3.0 % de pessoas analfabetas e quanto ao laser as principais alternativas são: escolas de Ensino fundamental, ensino médio, EJA e CEJA.

Em relação a estrutura de saúde temos uma Unidade Sanitária e um hospital.

Seu sistema de saúde é composto por uma UBS, tendo 3 equipes de ESF, cada equipe está composto por um médico Clínico Geral, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um Dentista e um auxiliar de consultório odontológico, só um equipe tem um Pediatra, juntando as 3 EFS temos 17 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Técnica de farmácia, Psicólogo, nutricionista, e fisioterapeuta, contamos com um Programa Academia de saúde com Educadora física e serviço de Assistência social com atenção diferenciada de pacientes com condições especiais e uma auxiliar de limpeza, 1 Recepcionista, serviço de Vigilância Epidemiológica. Não temos NASF, contamos com NAAB. Temos um Hospital “Nossa Senhora Auxiliadora” com um total de 82 leitos.

Um dos principais problemas de saúde que afetam a população são a Hipertensão Arterial (HA) Diabetes Mellitus (DM), Doenças Respiratórias, doenças de saúde Mental, dislipidemias e doenças degenerativas.

A Hipertensão arterial é uma doença e constitui um fator de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, e é a causa pela que as pessoas chegam com maior frequência ao posto de saúde, geralmente não ficam controlados da doença

A unidade de Saúde atende a uma população aproximadamente, de 6.300 pacientes, na área de mi ESF temos um total de 4.716 habitantes, e de eles 341 pacientes padecem hipertensão arterial representando um alto % da população com maior número de consultas por falta de um adequado controle da doença.

O projeto de intervenção foi sobre esta doença, para realizar ações educativas com o objetivo de gerar mudanças no estilo de vida de pessoas com hipertensão arterial, com vistas a diminuir os fatores de risco e complicações causados pela doença no paciente. O total de pacientes a participarem serão aqueles maiores de 18 anos, de ambos sexos e que cumpram os critérios de inclusão. Os pacientes serão selecionados por os membros da equipe (médico,

enfermagem, ACS) através da revisão dos prontuários, além de outros profissionais tais como fisioterapeuta, psicóloga e nutricionista.

Os critérios de inclusão:

1. Pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial estabelecido e confirmado.
2. Idade acima de 18 anos.
3. Grau de escolaridade: Saber ler e escrever.
4. Ausência de transtornos mentais ou alguma incapacidade motora.

Critérios de exclusão:

Aqueles que não cumpram com os critérios de inclusão descritos.

É muito importante a abordagem multiprofissional no tratamento da Hipertensão Arterial (HA) e da prevenção das complicações e no controle dos fatores de risco sempre que seja possível além do médico, a equipe multiprofissional integrado por enfermeiro , nutricionista , psicólogo, assistente social , educador físico, farmacêutico e agentes comunitários de saúde , devem agir em conjunto com as ações de promoção à saúde, ações educativas com ênfase em mudanças no estilo de vida , controle adequado dos fatores de risco e divulgação do material educativo ,

Para tanto, haverá a necessidade do apoio de todos os profissionais da saúde que trabalham no posto de saúde de irai para visitas domiciliares, observação e orientação dos pacientes quanto aos seus hábitos diários, bem como realização de palestras, rodas de conversas e campanhas com o propósito de oferecer maiores esclarecimentos quanto à doença, fatores de riscos associados, suas complicações e tratamento.

2 ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO – ESTUDO DE CASO CLÍNICO

CASO CLINICO UBS IRAI

Paciente M.C.T. Consulta 26/8/2017.

Idade: 63 anos.

Endereço: Sta Maria Gorette. Irai RS.

Trata-se de uma paciente, feminina, de 63 anos de idade, viúva, dona de casa, com antecedentes patológicos pessoais de Hipertensão arterial sistêmica (HAS), Obesidade e Dislipidemia, em tratamento há vários anos com Enalapril 10 mg 1 cp de 12/ 12 horas, Hidroclorotiazida 25 mg 1 cp 1 vez x dia e Sinvastatina 20 mg 1 cp na noite, que a trouxe a consulta com pressão alta e um quadro de muita tristeza e angústia pela perda de seu esposo pelo qual sentisse muito angustiada. Ao interrogatório refere que fica assim desde que morreu o marido e que acima disso a filha que foi cesariana apresentou complicações de saúde com uma pré-eclâmpsia pelo que foi de traslado para Passo Fundo até que controlaram a pressão.

Não assiste aos grupos das doenças crônicas no posto de saúde, leva uma vida sedentária e seu esposo há quase 2 anos tinha diagnosticado uma doença degenerativa do sistema nervoso central, também com HAS e prostrado há vários meses do qual ela cuidava e dava os tratamentos, complicando-se com uma pneumonia e falecendo.

Tem uma filha de 37 anos de idade a qual ficou muito tempo fazendo um estudo pela consulta de infertilidade e foi inseminada em duas ocasiões não conseguindo engravidar, mais quando já tinha pensado ficar sem filhos engravidou de forma natural, o que trouxe muita alegria para a família, a filha foi internada para o parto e no mesmo tempo que encontrasse internada o pai fica doente e tem que internar no mesmo hospital o que cria uma situação difícil já que o pai morre durante os dias que fazem a cesariana e ela termina sabendo que o pai morreu começando com aumento das cifras de pressão e interpretando-se como quadro de pré-eclâmpsia que não se consegue controlar pelo que se faz traslado a Passo Fundo para continuar atendimento até sua

recuperação , motivo pelo qual a paciente sofre um estado de tensão e descompensação da sua doença crónica .

As condições da vivenda são boas, e a situação económica da família é boa.

Antecedentes familiares: mãe (viva) HAS e DMT2.

Pai: HAS: falecido há 15 anos por IAM.

Antecedentes patológicos Pessoais: HAS, Obesidade e Dislipidemias.

Menarca aos 13 anos; menopausa aos 51 anos, G2, P2 e A1.

Exames apresentados: Hb: 12,8 g/100ml

Glicose: 86 mg /ml.

Ureia: 25 mg /dl

Creatinina :1,23 mg/dl.

CT: 213 mg /dl.

TG: 663 mg/dl

EQU: Proteínas: vestígios oxalato de cálcio xx.

Exame Físico: PA: 190/100 mmHg, FR: 18 pm, FC: 86 pm. IMC: 29,6.

Hipótese Diagnóstica:

- HAS descontrolada.
- Obesidade
- Hiperlipidemia.
- Estado de choque emocional e tensão, tristeza pela perda de um ser querido.

Conduta: Manter tratamento com:

- Enalapril 10 mg - 1 cp de 12 / 12 horas.
- Hidroclorotiazida 25 mg - 1 cp 1 vez x dia.
- Sinvastatina 20 mg - 1 cp na noite

Adiciono tratamento com:

-Ciprofibrato 100 mg- 1 cp 1 vez x dia.

-Encaminhamento para a Nutricionista para receber orientação Nutricional,

-Consulta com o Psicológico para Psicoterapia grupal e/ou individual.

Brindo orientações sobre hábitos de alimentação saudáveis: escasso em sal e gorduras, rica em frutas e vegetais, incorporação aos grupos de doenças crônicas no posto, oriento sobre a importância da prática de exercícios físicos e fazer caminhadas, fazer atividades sociais, adesão ao tratamento.

Retorno com resultados de exames.

Consulta 11/09/2017.

Paciente que aqude a consulta com os resultados dos exames, refere que está muito melhor, a pressão não fica muito alta pero ainda tem dias que faz crise de choro já que não aceita a perda de seu marido, e a pesar de ficar muito ocupada com os cuidados da filha e de seu neto ainda não pode superar a falta de seu esposo. Já teve consulta com o Psicólogo e tem marcada consulta com a Nutricionista a semana próxima.

Hoje tem PA: 170/90 mmHg FR: 18pm FC: 78pm.

Exames: CT: 196 mg /dl TG: 576 mg/dl, EQU: negativo.

Glicose: 76 mg /dl.

Oriento continuar igual tratamento, a importância da aderência ao tratamento, hábitos alimentares saudáveis , prática de exercícios físicos, mudanças no modo e estilo de vida , realizar visita domiciliar a próxima semana com o objetivo de avaliar a situação biopsicossocial do paciente e a família , fazer atividades de promoção e prevenção de saúde para lograr educar ao paciente e a família sobre os cuidados da doença, para assim lograr a prevenção e controle dos fatores de risco , evitando assim maior número de complicações , para aumentar a qualidade de vida dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e evitar assim mortes e incapacidades na população em geral.

Retorno para avaliação em 15 dias

3 ATIVIDADE 3 DO PORTAFÓLIO – PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

UBS IRAI

Prevenção e promoção de saúde são duas coisas diferentes embora estejam imbricadas, ligadas, ambas são estratégias de intervenção no processo saúde –doença, as ações de cada uma implicam a melhoria da saúde da população, por isso, é interessante diferencia-la para entender melhor nossas ações.

A prevenção corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, exercício físico e repouso, contenção de estresse, não ingestão de drogas ou de tabaco), para que resistam às agressões dos agentes. Também diz respeito as ações de orientação para cuidados com o ambiente para que esse não favoreça e desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e aos entornos)

Frente ao exposto podemos considerar ações preventivas, as intervenções educativas direcionadas à população para evitar o surgimento de doenças com a finalidade de reduzir sua incidência e prevalência na população como por exemplo, prevenção do câncer do colo, de hipertensão, obesidade. Tem como foco as doenças, sua prevenção e formas de tratamento.

Já a promoção da saúde consiste em proporcionar às pessoas e comunidades os meios para melhorar a qualidade de vida e “tomar as rédeas de sua saúde”

“Promoção de saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidade para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida”, segundo a Carta de Ottawa (1986), documento que se tornou referência para as demais Conferências Internacionais de Promoção da Saúde.

Tendo como base esse conceito explicitado acima podemos considerar como promoção eficaz da saúde ações que provocam mudanças na conduta do indivíduo, no seu estilo de vida, bem como, nas suas condições sociais,

económicas e ambientais, bem como na melhoria na prestação de serviços, dentre outros. Nota-se que promoção da saúde tem um significado mais amplo, o termo doença não aparece.

É preciso aguçar nossa visão, para não cair na armadilha de fazermos da sala de espera um espaço apenas informativo, um espaço meramente preventivo. Daí a importância de esclarecer esses conceitos. O conceito de promoção de saúde vai além da prevenção. Podemos desenvolver ações para promover a saúde, no entanto temos que ter a clareza de que isso não depende só de nossas ações e sim de um trabalho coletivo e inter setorial, onde indivíduo, profissionais de saúde, comunidade, igrejas, comercio, escolas e autoridades trabalhem em prol da qualidade de vida de todos.

No contexto mundial das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT). As DCNT são as principais causas de morte no mundo correspondendo a 63 dos óbitos em 2008. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda. Um terço dessas mortes ocorrem em pessoas com idade inferior a 60 anos. A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório (DAC), ao câncer, á Diabetes e as doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada.

No Brasil as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de morte. As DCNT atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes (SCHMDT, 2011).

A pesar de elevada, observou-se redução de 20% nesta taxa na última década principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período. A redução das DCNT pode ser em parte atribuída à expansão da atenção básica, melhora da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34.8%(1989) para 15,1% (2010).

Fatores de risco no Brasil: Os níveis de atividade física no lazer na população adulta são baixos 15% e apenas 18,2% consomem 5 porções de

frutas e hortaliças em 5 ou mais dias por semana. 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente (BRASIL2011).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença na qual os níveis de Pressão Arterial (PA) se mantêm elevados a cifras acima de 140/90 mmHg e permanecem sustentados. Desta forma a pressão que o sangue exerce nas paredes dos vasos frequentemente associa-se a alterações funcionais e/ou estruturais de órgão- alvo, principalmente aqueles que possuem vasos de pequeno calibre como coração, encéfalo e rins , e também a alterações metabólicas , com conseqüente aumento de risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais .Portanto a HAS é considerada um dos principais fatores de risco para o aumento da morbimortalidade na população mundial e brasileira , pois possui alta prevalência e baixas taxas de controle(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA ,2010). Trata-se de uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, gerando elevado custo médico e social, principalmente por sua participação em complicações como a doença cerebrovascular, a doença arterial coronária, a insuficiência cardíaca, a insuficiência renal crônica, a retinopatia hipertensiva e a insuficiência vascular periférica (BRASIL,2013).

Alguns fatores de riscos da HAS estão relacionados ao estilo de vida, como alimentação rica em gorduras e sal e pobre em fibras, associada principalmente a obesidade, que tem relação direta com a elevação da PA, principalmente a obesidade central e independente da idade do indivíduo. Os hábitos inadequados para a saúde como o tabagismo, o sedentarismo, a ingestão de bebidas alcoólicas e estresse psicoemocional também contribuem para a hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As recomendações para mudança no estilo de vida para melhor controle da HAS constituem-se na primeira conduta recomendada pelo Ministério da saúde (MS), incluindo redução do peso, alimentação saudável, atividade física e moderação no consumo de álcool (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde (MS), ao reorganizar a assistência á HAS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), enfoca que o modelo de pratica clínica

centrada na dimensão biomédica e com olhar dirigido apenas para a doença é pouco eficiente e a educação em saúde na atenção básica , constitui-se instrumento de intervenção de suma importância ; pois conhecendo a realidade da população que é assistida , as intervenções propostas pela equipe podem produzir resultados positivos (BRASIL,2001; MENDONÇA; NUNES,2015).

A Hipertensão arterial Sistêmica é uma doença muito frequente na população Brasileira e no mundo todo, que aparece com maior frequência na terceira idade geralmente como resultado de hábitos e estilos de vida não adequados fatores hereditários, e devido a presença de riscos associados que favorecem seu desenvolvimento, complicações ou agravo da doença.

No Brasil, HA atinge 32.5% (36milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) tem impacto elevado na perda da produtividade do trabalho da renda familiar estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015.

Tanto em meu projeto de intervenção quanto no portfólio o tema desenvolvido é Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

A Hipertensão arterial (HA) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos maior ou igual 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC) fatal e não fatal.

No Brasil, o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial (HÁ) constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde (BRASIL 2010).

No mundo, a hipertensão é hoje o primeiro fator de risco de mortalidade (BRASIL 2010).

Em 2002 foi desenvolvido o programa Hiperdia, foi criado pelo MS para tratamento e acompanhamento da Hipertensão arterial e da Diabetes Mellitus.

A HAS é uma condição crônica e um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares tais como: acidente vascular encefálico (AVE), doenças isquêmicas do coração (DIC), doença renal terminal e doenças do sistema circulatório (BRASIL2006). As doenças cardiovasculares são responsáveis pela alta frequência de internações hospitalares.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica que se caracteriza por cifras de PA elevadas, acima dos valores que se consideram normais, maior de 140/90 mmHg, valores sustentados, que é muito frequente na terceira idade e que é uma das causas mais frequente de internamento devido as complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Geralmente as internações ocorrem por descompensação onde o paciente não controla as cifras elevadas de pressão o pelas complicações que sofrem estes pacientes.

Modificações não estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção destas doenças, alimentação inadequada, obesidade, pouca prática de atividade física, estresse, tabagismo, uso excessivo de álcool, dislipidemias e níveis de glicose no sangue e a falta de adesão ao tratamento médico são fatores de riscos que devem ser adequadamente controlados para diminuir ou evitar as complicações.

E muito importante a abordagem multiprofissional no diagnóstico precoce e o tratamento da doença para evitar lesão de órgãos alvos e evitar complicações que possam pôr em perigo a vida do paciente. A abordagem deve ser feita por todos os membros da ESF, além do médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, educador físico, farmacêutico e agentes comunitários de saúde, devem agir em conjunto com as ações de promoção em saúde, ações educativas com ênfases em mudanças no estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação do material educativo

Na apresentação do caso clínico do portfólio discutimos o caso de uma paciente feminina, de 63 anos de idade, viúva, dona de casa, com antecedentes patológicos pessoais de Hipertensão arterial sistêmica (HAS), Obesidade e Dislipidemia, em tratamento há vários anos com Enalapril 10 mg 1 cp de 12/ 12 horas, Hidroclorotiazida 25 mg 1 cp 1 vez x dia e Sinvastatina 20 mg 1 cp na noite, que a çude a consulta com pressão alta e um quadro de muita tristeza e angustiada pela perda de seu esposo pelo qual sentisse muito angustiada. Ao interrogatório refere que fica assim desde que morreu o marido e que acima

disso a filha que foi cesariana apresentou complicações de saúde com uma pré-eclâmpsia pelo que foi de traslado para Passo Fundo até que controlaram a pressão.

Não assiste aos grupos das doenças crónicas no posto de saúde, leva uma vida sedentária e seu esposo há quase 2 anos tinha diagnosticado uma doença degenerativa do sistema nervoso central, também com HAS e prostrado há vários meses ao qual ela cuidava e dava os tratamentos, complicando-se com uma pneumonia e falecendo.

Tem uma filha de 37 anos de idade a qual ficou muito tempo fazendo um estudo pela consulta de infertilidade e foi inseminada em duas ocasiões não conseguindo engravidar, mais quando já tinha pensado ficar sem filhos engravidou de forma natural, o que trouxe muita alegria para a família, a filha foi internada para o parto e no mesmo tempo que encontrasse internada o pai fica doente e tem que internar no mesmo hospital o que cria uma situação difícil já que o pai morre durante os dias que fazem a cesariana e ela termina sabendo que o pai morreu começando com aumento das cifras de pressão alta e interpretando se como um quadro de Pré-eclâmpsia que não se consegue controlar pelo que se faz traslado a Passo Fundo para continuar atendimento até sua recuperação, motivo pelo qual a paciente do caso clínico sofre um estado de tensão e des-compensação da sua doença crónica.

Hipótese diagnóstica:

- HAS descontrolada
- Obesidade
- Hiperlipidemia
- Estado de choque emocional e tensão, tristeza pela perda de um ser querido.

Neste caso clínico a paciente não participa nos grupos porque apesar de morar no interior o que dificulta a possibilidade de vir ao posto, cuidava do marido que tinha uma doença degenerativa e ficava acamado apesar de que ele morreu agora ajuda sua filha que tem uma criança pequena, pelo que leva uma vida sedentária. A paciente consegue controle da doença, e uma melhor adesão ao tratamento indicado. Depois de discutir o caso na equipe fizemos uma visita domiciliar junto com a técnica de enfermagem e o agente comunitário de saúde.

Na visita achamos que a paciente emocionalmente fica muito melhor, a morte do marido deixou ela com muita tristeza e crise de choro já que não aceita a perda do marido pero com a chegada do neto mudou muito a sua atitude, refere que apesar de ficar muito ocupada e estar tão feliz com o neto , tem dias de muita tristeza e angustia ,agora fala que está um pouco estressada, ela mora com a filha o genro e o neto pero o peso das faxinas é todo para ela, tem queixa de muita dor nos pés já que passa muito tempo de pé , está controlada da doença com boa adesão ao tratamento, cito para a próxima consulta para orientação de exames laboratoriais, encaminhamento para o psicólogo e avaliação pela nutricionista já que a paciente tem obesidade e Hiperlipidemia . As atividades de promoção e prevenção da saúde vão dirigidos a modificar modo e estilo de vida da paciente estimulando a prática de exercícios físicos e caminhadas para evitar o estresse e melhorar a função respiratória e cardiovascular e diminuir peso , controle e orientação sobre hábitos de alimentação saudáveis ricas em frutas e verduras e baixo consumo de sal ,evitar consumir alimentos gordurosos, ricos em açúcares e carboidratos complexos, realização de exames de prevenção de câncer de mama, uso de calçado confortável durante o dia para aliviar a dor nos pés, importância da higiene bucal e a necessidade de assistir a consulta com o dentista , importância de cumprir adequadamente o tratamento para o controle da doença e evitar complicações, orientar participar nos grupos da unidade de saúde para participar em palestras visando aumentar o nível de conhecimento sobre a doença, como prevenir fatores de riscos e complicações associadas à hipertensão arterial, incentivar para a participação responsável do cuidado de sua saúde para evitar complicações e lograr maior qualidade de vida.

É muito importante fazer avaliação com o psicólogo sobre os quadros de angustia e tristeza que vem apresentado a paciente para evitar um quadro depressivo, além do estresse que está sentindo a mesma, e orientamos e incentivamos a paciente a frequentar lugares para o lazer, visitar amigos, lograr ser tomado mais em conta, que no só pode cuidar dos outros e que não tem tempo para cuidar dela, lograr que perceba que ainda pode ser feliz e sentir-se realizada para lograr melhoras do estado de saúde mental da paciente e melhor qualidade de vida

No Brasil 23 milhões de pessoas (12% da população) necessitam de algum atendimento em saúde mental. Pelo menos 5 milhões de Brasileiros (3%

da população) sofrem com transtornos mentais graves e persistentes. De acordo com a associação Brasileira de Psiquiatria de a política de saúde mental deve-se priorizar as doenças mais graves como esquizofrenia e transtorno bipolar, as mais prevalentes estão ligadas a depressão ansiedade e transtornos de ajustamento.

Em todo o mundo, mais de 400 milhões de pessoas são afetadas por distúrbios mentais ou comportamentais. Os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no ranking das dez principais causas de incapacidade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Durante nosso trabalho diário realizamos atividades de promoção e prevenção de saúde. Os grupos de grávidas e crianças são cenários fundamentais para o desenvolvimento destas atividades, também no contato com os pacientes em consultas , visitas domiciliares, salas de espera , através da radio, nas escolas centros de trabalho , material educativo , as orientações de promoção e prevenção de saúde estão dirigidas a mãe e a criança , desde a etapa Pré-natal até a puberdade garantindo que a mulher chegue a gravidez em boas condições de saúde com prévio planejamento familiar logrando o bem-estar físico e psicológico tanto da mulher sadia como da mulher portadora de doenças crônicas . Garantir os cuidados pré-natais precoce e completo com o maior número de consultas possíveis dependendo do risco da grávida , realizar todos os estudos necessários e garantir uma atenção com qualidade , imunização atualizada , alimentação adequada , orientação nas consultas de puericultura , pré-natais, educar a futura mãe sobre amamentação , técnicas de amamentação importância da amamentação exclusiva até os 6 primeiros meses de vida e complementada até os dois anos , orientação sobre desenvolvimento da criança estimulação precoce , prevenção da morte súbita e acidentes , integração as mãe nos grupos para receber a preparação necessária para os cuidados na gravidez e para os cuidados da criança após do parto, orientar sobre os suplementos de ferro e vitaminas para a mãe e o filho também são atividades de promoção de saúde .

4 ATIVIDADE 4 DO PORTFÓLIO VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE DO DOMICÍLIO

A visita Domiciliar é uma prática conhecida como a ferramenta de trabalho dos ACS dentro das equipes de saúde da família (ESF). Muitas doenças precisam ser acompanhadas tanto no espaço da UBS como no domicílio, portanto, a visita domiciliar representa um instrumento importante tanto do ponto de vista do acompanhamento a determinados pacientes como também de vigilância a saúde.

No trabalho da equipe de saúde da família a visita Domiciliar é uma ferramenta que faz parte do cotidiano do trabalho, sendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) quem visitam diariamente as famílias. Os demais componentes da equipe de saúde a realizam a partir de demandas identificadas nos atendimentos ou por solicitação dos ACS. É nesta aproximação com as famílias que os profissionais reconhecem as necessidades de saúde das mesmas e reforçam o vínculo. A visita domiciliar é um momento propício à realização de ações de promoção à saúde, de prevenção de doenças e de vigilância a saúde (BRASIL, 2011a)

Em nossa Unidade de Saúde são frequentes os atendimentos de pacientes portadores de doenças crônicas como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, em minha área de abrangência temos um total de 2.650 pacientes cadastrados sendo deles um total de 103 pacientes Diabéticos e 341 pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, o que constitui um sério problema de saúde na nossa área, sendo este um grande motivo de preocupação .Tendo em conta a alta cifra de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica fizemos uma reunião com a Equipe de Saúde da família para traçar estratégias visando lograr adequado controle da doença por meio das consultas HIPERDIA e através das visitas domiciliares , aproveitando o início do curso da Especialização em saúde da família tomo a iniciativa de fazer o Projeto de intervenção sobre HAS , controle da HAS , prevenção de fatores de risco e complicações associadas ,com a utilização de nossa principal ferramenta , a visita domiciliar e a participação do ESF , os ACS e o equipe multidisciplinar integrado por Nutricionista , Fisioterapeuta , Psicólogo , trabalhador social .

A HAS é uma doença de múltiplos fatores e sua detecção é quase sempre tardia por ser uma doença assintomática, o que dificulta o tratamento, fator determinante para o agravamento da mesma, sendo muito importante o trabalho por meio de atividades educativas de prevenção e promoção de saúde com os pacientes hipertensos para melhorar a adesão ao tratamento e o controle dos valores pressóricos por meio da visita domiciliar e o planejamento de ações que visam a conscientização da população sobre o controle da hipertensão, da terapia medicamentosa correta, dos hábitos de vida saudáveis, sobre mudanças na rotina e prática de exercícios físicos. De acordo com a consulta HIPERDIA nota-se que a evasão dos pacientes hipertensos à UBS cresce consideravelmente fazendo com que o acompanhamento não ocorra de forma integral. Consideramos assim a necessidade de a equipe realizar uma busca ativa dos casos através das visitas nos domicílios desses pacientes para efetivar o controle dos níveis pressóricos, orientar sobre a adesão ao tratamento, e brindar orientações quanto aos hábitos de vida saudáveis e a importância de conhecer a qualidade de vida desses pacientes.

Atendendo as pessoas isoladamente por meio da visita domiciliar a equipe de saúde interage com a família do paciente hipertenso e ao tentar manter o quadro da doença estável promove também benefícios à família.

Na hipertensão arterial sistêmica especificamente é de primordial importância a adesão ao tratamento medicamentoso tendo em conta que é a principal medida de intervenção para o controle da doença, há outros componentes que ajudam ao controle dessa doença como o exercício físico, alimentação, entre outros fatores que predispõem os indivíduos ao aumento da pressão arterial está a herança genética que é o único fator não modificável, os outros como a ingestão excessiva de sal, ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, estresse, tabagismo, obesidade, sedentarismo, são fatores de risco modificáveis, por tanto a atuação dos profissionais no controle da hipertensão deve prever a adoção de hábitos de vida saudáveis, o tratamento medicamentoso para o controle da doença é primordial, entretanto para alguns pacientes não é suficiente com a medicação, é possível intervir na no adesão medicamentosa avaliando e corrigendo o esquema terapêutico, bem como tirar as dúvidas e os tabus quanto ao medicamento e suas combinações, é de extrema importância o vínculo da equipe com o paciente, sendo percebido que

quando o mesmo ganha confiança o diálogo e o acesso ficam mais fáceis , e com isso o paciente passa a aderir de forma confiável a prescrição medicamentosa , assim como as orientações de mudanças de hábitos alimentares e de qualidade de vida , além da não adesão ao tratamento no controle da hipertensão deve-se também a fatores como associações incorretas de anti-hipertensivos, falta de compreensão do paciente quanto à doença o ao medicamento , diagnóstico impreciso, efeitos adversos do medicamento, custo , uso descontínuo do medicamento, relação médico- paciente , alimentação , sedentarismo entre outros .

É necessário que a equipe de saúde conheça os hábitos e a rotina da família para orientar com eficácia o paciente ou o cuidador sobre as medidas corretas em relação ao tratamento da hipertensão com o objetivo de minimizar os agravos advindos da própria doença quando não tratada adequadamente.

É de suma importância o acompanhamento rigoroso dos pacientes hipertensos por meio da visita domiciliar evitando assim o desencadeamento de agravos, relacionado ao uso incorreto dos medicamentos , alimentação e hábitos de vida não saudável .A visita domiciliar a pacientes hipertensos deve ser integral, independentemente da situação atual da doença , a fim de prevenir agravos e evitar complicações que possam pôr em risco a vida do paciente e gerar incapacidade que representa uma carga para a sociedade e para a família , por tanto o trabalho dos integrantes dos ESF , dos ACS , e o profissional médico e o equipe multidisciplinar tem que ir focado a cumprir os seguintes objetivos conhecer todo sobre o paciente y a família e o meio ambiente , conhecer o domicílio e suas características ambientais , identificando problemas econômicos e culturais do indivíduo e a família , verificar a estrutura e a dinâmica familiares, prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados , auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis , estimulando a adesão ao tratamento medicamentosos ou não ,promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida , propiciar ao indivíduo e a família , a participação ativa no processo saúde doença , adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares, intervir na evolução para evitar complicações e internações hospitalares, estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família incentivando práticas

para o autocuidado, aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública , promoção social e participação comunitária .(Santos.EM, Kirschbaum DR ,2008)

As visitas domiciliares devem ser programadas rotineiramente pela ESF de acordo com as necessidades de cada paciente e sua família, ficando a critério da avaliação do profissional de saúde , quanto a situação do paciente , podem ser realizadas semanal , quinzenal e até mensalmente , devendo ser priorizadas algumas famílias segundo critérios definidores de prioridades como situações o problemas novos na família relacionados à saúde com risco de morte , abandono ou situações financeiras críticas, situações crônicas agravadas , situações de urgência , problemas de imobilidade ou incapacidades que impedem o deslocamento até a unidade de saúde, condições que dificulta o acesso como condições da estrada, ausência de meios de transporte, no caso de adultos são priorizados problemas de saúde agudos que precisam internação domiciliar , ausências no atendimento programado, casos de doenças transmissíveis de notificação obrigatória , hipertensos , Diabéticos , portadores de Tuberculose ou Hanseníase que não estão aderindo ao tratamento . (Santos.EM, Kirschbaum DR 2008).

5 ATIVIDADE 5 DO PORTFÓLIO - REFLEXÃO CONCLUSIVA

Chegue a Brasil no mês de julho de 2016, logo foi ubicada no Município Irai do Estado Rio Grande do Sul, uma vez que comecei a trabalhar no mês de agosto achei que estava enfrentando um desafio muito grande, sentia-me com muitas dificuldades no idioma e a pesar da necessidade de comunicação que tinha minha fala e a escrita não eram muito boas ,muitas vezes não conseguia entender os pacientes e tinha que pedir ajuda ás enfermeiras para entender o que eles falavam, ficava preocupada já que as dificuldades no idioma interferem com o processo ótimo dos atendimentos, realmente foi muito frustrante, logo com o transcurso dos dias foi sentindo um pouco más de prática e confiança na hora das consultas , depois fizemos matricula para iniciar o curso de especialização em saúde da família , sempre preocupada e com a interrogante de como ia me desenvolver com este processo de Educação a Distância já que não tinha experiências anteriores de cursos realizados a distância , não tinha ideia de quanto pode-se aprender e a ajuda que ia a oferecer pra nós o curso, realmente é de muita ajuda , as ferramentas que vai oferecendo são de muita utilidade no desempenho de nosso trabalho no dia a dia nas unidades de saúde, está bem identificado com a região onde se trabalha, adaptado as distintas realidades do povo Brasileiro . Em cada módulo e cada fórum discutidos com os colegas dá para entender quais são as diferentes realidades de cada um de nós aqui no Brasil e as diferentes variantes que temos para o desempenho de nosso trabalho. O curso vem para aperfeiçoar os conhecimentos que já tinha respeito aos protocolos que são utilizados aqui, como é que se fazem as estratégias de trabalho desde as unidades de saúde até o nível estadual e nacional. Teve que aprender trabalhar nesse sentido, com algumas mudanças que não tinha trabalhado antes. Os atendimentos por agendamento de consultas junto com o atendimento e a demanda espontânea e adaptar-me com as características do trabalho em si.

No planejamento do trabalho é importante a organização para poder cobrir todas a necessidades na população e poder trabalhar com os grupos de risco. A construção da agenda profissional compartilhada é outra estrutura que serve

para melhorar os atendimentos à população porque participam todos os membros da equipe.

Incorporei a minha agenda profissional o atendimento por grupos: saúde da criança, do idoso, da mulher, o homem, saúde mental, e como seriam feitas as visitas domiciliares. A final nosso trabalho primordialmente deve ser na promoção de saúde e na prevenção dos agravos.

No início apresentamos dificuldades com a reunião da equipe, a qual realiza-se as sextas feiras na tarde, foi muito difícil garantir a assistência do total dos integrantes da equipe e de todos os ACS, agora não temos dificuldades em nesse aspecto e ninguém perde a oportunidade de participar. Na aprendizagem foi colocada a reunião de equipe, neste espaço conciliamos os problemas do posto, as necessidades de atendimentos, mas urgentes trazidas pelos ACS, tomamos acordos para garantir as prioridades de atendimento, debatemos algum tema de saúde contribuindo à preparação permanente dos profissionais e assim melhorar a saúde na nossa área.

No controle dos pacientes com Doenças Crônicas tomamos em conta todo o aprendido no curso em relação aos protocolos e como manejar os casos. Os pacientes que mais frequentam a unidade de saúde são pacientes com HAS e com Diabetes Mellitus preferentemente idosos pois ainda muitos homens tem o critério de que não es preciso assistir a consulta. Fazemos avaliação dos casos de forma integral, olhamos o cumprimento e avaliamos como está a evolução da doença, também indico os exames de controle como são: glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, EQU, ureia, creatinina, Raio x de Tórax, Fundoscopia, ECG, se for necessário encaminhamos para a consulta de avaliação com especialista , cardiologista ou endocrinologista , após começar com o tratamento e este não for efetivo ou no caso de que a doença seja resistente ao tratamento neste pode-se suspeitar causa refrataria secundaria ao tratamento e nesse caso encaminhamos para consulta de avaliação com especialista . O nosso objetivo fundamental é tentar diminuir o número de encaminhamentos para o especialista desnecessariamente.

Tendo em conta que a causa mais frequente de assistência a consulta é a HAS e que em minha área de abrangência temos um total de 341 pacientes com HAS tomei a iniciativa de fazer o Projeto de intervenção sobre Hipertensão arterial Sistêmica : Prevenção de fatores de risco e complicações associadas,

fizemos uma reunião focada a criar estratégias dentro da ESF para fazer pesquisa de casos novos utilizando a visita domiciliar como uma ferramenta de grande utilidade e convocando a participação de todos os membros da ESF , com o objetivo de fazer atividades educativas , de promoção de saúde com o objetivo de elevar o nível de conhecimento sobre a doença e assim lograr maior controle da mesma , dos fatores de risco e evitar complicações que podem levar a incapacidades .

Durante a realização de este curso em Especialização em Saúde da família recebi um grande ganho de aprendizagem ajudando-me no meu desenvolvimento profissional, pois através das aulas, artigos e atividades dos módulos pude aperfeiçoar minhas habilidades, me atualizar sobre protocolos e colocar em prática todo este conhecimento.

Neste período posso dizer que percebi uma melhor qualidade das consultas, aprendi a interagir com a equipe, convocando reuniões, pactuando ações e atuando não processo de planejamento e organização do serviço em minha UBS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. **A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio.** In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P. 151-72. 2.

ABREU, Kênia Cristina Silva. **A importância da visita domiciliar à pacientes hipertensos.** Trabalho de conclusão de curso de especialização estratégia saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais. 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4137.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2018.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial.** Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em janeiro de 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. **Cidades @.** Brasília [online] 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/tras/nome.php>>. Acesso em fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde – 2011 DATASUS.** Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso 29 dezembro 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: Ministério da saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde. 2013. (Caderno de Atenção Básica, n.37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) 2011 – 2022.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

DIRETRIZES. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 95, n. supl.1, p. 1-51, 2010.

GONZALEZ, Beatriz Molina. **Educação e promoção de saúde em hipertensão arterial na estratégia de saúde da família**. Trabalho de conclusão de curso de especialização estratégia saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais. 2016. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/educacao-promocao-saude-hipertensao-estrategia-familia.pdf>>. Acesso em março de 2018.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. **Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 13, n. 2, p. 397-409, 2015.

PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; TEIXEIRA, R. A.; FERRAZ, C. A. *et al.* **Assistência domiciliar**: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-80. 3.

PIERINA, M.; GUSMÃO, J. L.; CARVALHO, L. V. **A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial**. Hipertensão. V7, p.100-103, 2004.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. **Contrapondo prevenção X promoção de saúde**. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/nutricao/contrapondo-prevencao-x-promocao-de-saude/5913>>. Acesso em fevereiro de 2018.

PORTAL IG. **Transtornos mentais atingem 23 milhões de pessoas no Brasil**. Disponível em: <<http://saude.ig.com.br/transtornos-mentais-atingem-23-milhoes-de-pessoas-no-brasil/n1237686125917.html>>. Acesso em março de 2018.

SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. **A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil:** uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1):220-7. 4.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS**

**PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS
A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES ACOMPANHADOS PELA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE IRAI**

Professor Orientador : José Victor Coriolano Serafim

Inalia Morales Pena

**PORTO ALEGRE,
2018**

RESUMO

Este projeto propõe-se realizar ações educativas com o objetivo de gerar mudanças no estilo de vida de pessoas com hipertensão arterial, com vistas a diminuir os fatores de risco e complicações causados pela doença no paciente. Para isso, serão utilizados mecanismos de busca ativa dos pacientes com essa patologia na área da Unidade Básica de Saúde de Irai no município Irai. Espera-se que o estudo possa levar os pacientes a procurar com maior frequência o posto de saúde e melhorar, com isso, o acompanhamento dos pacientes, ajudá-los a compreender melhor seus problemas, sensibilizá-los sobre a necessidade das consultas médicas, atividades físicas, bem como a realizar o tratamento, de modo a possibilitar, assim, que os pacientes tenham maior qualidade de vida. Para tanto, haverá a necessidade do apoio de todos os profissionais da saúde que trabalham no posto de saúde de irai para visitas domiciliares, observação e orientação dos pacientes quanto aos seus hábitos diários, bem como realização de palestras, rodas de conversas e campanhas com o propósito de oferecer maiores esclarecimentos quanto à doença, fatores de riscos associados, suas complicações e tratamento.

Palavras-chave: Hipertensão; Saúde da Família; Tratamento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	30
2 OBJETIVOS.....	33
2.1 GERAL	33
2.2 ESPECÍFICOS	33
3 REVISÃO DA LITERATURA	34
4 METODOLOGIA	37
5 CRONOGRAMA	39
6 RECURSOS NECESSÁRIOS	40
7 RESULTADOS ESPERADOS	41
8 REFERÊNCIAS.....	42
OUTROS ANEXOS.....	44

1 INTRODUÇÃO

Irai é uma cidade localizada no extremo norte do Estado Rio Grande do Sul, cercada por matos nativos. Faz divisa com o Estado Santa Catarina através do Rio Uruguai.

Limites:

Norte: Santa Catarina.

Sul: Planalto e Ametista do Sul.

Oeste: Frederico Westphalen e Vicente Dutra

Leste: alpestre.

Tem uma população estimada de 7.969 habitantes segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística), com um aproximado da população urbana de 4,407hab e uma população rural de 3.562 habitantes, com uma área de unidade territorial 2015/km² de 180,962 km² e uma Densidade demográfica de 44,64 hab/km². Distancia da capital de 450km de Porto Alegre.

Seu sistema de saúde é composto por uma UBS, tendo 3 equipes de ESF, cada equipe está composto por um médico Clínico Geral, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um Dentista e um auxiliar de consultório odontológico, só um equipe tem um Pediatra, juntando as 3 EFS temos 17 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Técnica de farmácia, Psicólogo, nutricionista, e fisioterapeuta , contamos com um Programa Academia de saúde com Educadora física e serviço de Assistência social com atenção diferenciada de pacientes com condições especiais e uma auxiliar de limpeza, 1 Recepcionista, serviço de Vigilância Epidemiológica. Não temos NASF, contamos com NAAB. Temos um Hospital “Nossa Senhora Auxiliadora” com um total de 82 leitos.

A unidade de Saúde atende a uma população aproximadamente, de 6.300 pacientes, na área de mi ESF temos um total de 4.716 habitantes, e de eles 341 pacientes padecem hipertensão arterial representando um alto % da população, e cerca de 50% são atendidos por a bolsa família.

Dessa cifra de pacientes Hipertensos, a maioria dos pacientes tem idade acima dos 35 anos de idade, com maior prevalência de homens respeito a mulheres e a maioria dos pacientes tem baixo nível de escolaridade.

A abordagem de pacientes hipertensos foi escolhida pelo fato de que uma grande parcela da população é hipertensa, a maioria dos pacientes não cumprem adequadamente o tratamento.

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma elevação da pressão nas artérias acima dos valores considerados como normais. A HAS é considerada, ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco e representa um grande desafio para a saúde pública, pois as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte no Brasil. É definida quando encontrados valores pressóricos para pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg e diastólica acima 90 mmHg (LAMA et al., 2001).

Heraqui e Smitter (1997) orientam que a pressão arterial limítrofe é aquela com valores sistólicos entre 130-139 mmHg e diastólicos entre 85-89mmHg, enquanto que a pressão arterial normal sistólica <130mmHg e diastólica < 85mmHg. Já para a pressão arterial classificada como ótima, a pressão arterial sistólica deve estar <120mmHg e diastólica < 80mmHg.

A Hipertensão Arterial é muito comum na população em geral e é uma das razões mais frequentes das consultas médicas. Com o desenvolvimento desta pesquisa pretende-se fornecer educação em saúde para os pacientes, bem como informá-los sobre os fatores de riscos, complicações e tratamentos da hipertensão arterial, de modo a contribuir para a prevenção de complicações em sua saúde. Em consequência, sendo esta uma doença de saúde pública mundial, é vital a implementação de um programa de educação para a promoção da saúde para pacientes hipertensos com a finalidade de promover a participação ativa na prevenção de complicações e fatores de risco associados a esta doença e promover assim um estilo de vida saudável na comunidade.

No município de Irai, não há registros de antecedentes de trabalhos realizados neste tipo de doença e há a necessidade crescente de elevar o nível de conhecimento da população e de um programa para melhorar o estado de saúde na atenção primária, pelo o qual a equipe de saúde é responsável para realizar nos centros de saúde familiar. Para tanto, é necessário o envolvimento de todos os profissionais da saúde da unidade básica de Irai os quais devem satisfazer as necessidades básicas dos pacientes, ajudá-los a melhorar a percepção dos riscos desta doença, realizar, assim, mudanças de condutas no estilo de vida dos mesmos, produzir transformações positivas a sua vida

biopsicossocial, aumentar o trabalho de promoção, prevenção, manejo e acompanhamento deste grupo específico da população.

A importância do acompanhamento dos pacientes com hipertensão arterial deve-se à necessidade de impedir o surgimento de complicações decorrentes dessa patologia por meio de medidas simples, como mudança em hábitos alimentares, prática de atividades físicas e em outros casos, no uso de medicações. É possível evitar que pessoas ativas e em idade produtiva tenham uma vida sem impedimentos, tanto na área profissional, como em sua vida social, devido às sequelas produzidas por essas enfermidades. Ao considerar estes aspectos, bem como a falta de hábito dos pacientes de ir ao médico e as iniciativas de controle e prevenção já existentes, a criação de uma nova ferramenta se faz necessária para intervenção nessa doença.

Espera-se, no final desse trabalho, apresentar mecanismos que garantam um maior acolhimento dos pacientes à unidade de saúde e que, por meio destes, seja possível estabelecer um vínculo maior dos profissionais que fazem o posto de saúde com os pacientes atendidos e fazê-los compreender a importância do programa para a sua saúde e os agravos que estão expostos se não controlarem os fatores de risco. Espera-se diminuir, assim, as diferenças existentes entre o estado de conhecimento atual e o desejado em relação ao tema, aumentar a estabilidade da solução dos problemas, conseqüentemente, o aperfeiçoamento da atenção especializada, ao integrar os diferentes fatores comunitários e a família na prevenção e promoção em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Implementar um programa educativo sobre Hipertensão Arterial com o propósito de prevenir fatores de riscos e complicações associadas a esta doença, e gerar mudanças na conduta dos pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde de Irai.

2.2 ESPECÍFICOS

- Fazer o levantamento do perfil dos usuários da unidade de saúde.
- Desenvolver, junto com a equipe de saúde, estratégias para aumentar o número de pacientes e sua frequência no grupo de hipertensos.
- Desenvolver estratégias para aumentar a adesão dos usuários ao tratamento da hipertensão.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Lama et al. (2001), a HAS é uma elevação da pressão nas artérias acima dos valores considerados como normais. A HAS é considerada, ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco e representa um grande desafio para a saúde pública, pois as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte no Brasil. É definida quando encontrados valores pressóricos para pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg e diastólica acima 90 mmHg.

Nessa mesma linha, Heraqui e Smitter (1997) orientam que a pressão arterial limítrofe é aquela com valores sistólicos entre 130-139 mmHg e diastólicos entre 85-89mmHg, enquanto que a pressão arterial normal sistólica < 130mmHg e diastólica < 85mmHg. Já para a pressão arterial classificada como ótima, a pressão arterial sistólica deve estar < 120mmHg e diastólica < 80mmHg.

De acordo com Montenegro e Franco (2008, p.65) “a hipertensão arterial, mais popularmente chamada de "pressão alta", está relacionada com a força que o coração tem que fazer para impulsionar o sangue para o corpo todo”. O autor ainda ressalta que, para ser considerado hipertenso, é preciso que a pressão arterial além de mais alta que o normal, permaneça elevada. Desta forma, é necessário fazer um controle maior, medir frequentemente os níveis da pressão arterial e não apenas quando ela permanecer alta. A hipertensão é uma doença que não tem cura, mas por meio de tratamento, manter-se controlada

Silva et al (2008) afirmam que as doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade na população brasileira e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui um dos principais agravos para este cenário. Sua ocorrência está relacionada ao surgimento de outras complicações severas, que trazem repercussões negativas para a qualidade de vida. As doenças cardiovasculares são as principais causas de óbitos no mundo e tem gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos económicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravamento e aumento da pobreza.

Segundo os registros do departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/SIM, 2011), as doenças do aparelho circulatório representam um sério problema de saúde pública no Brasil. Há décadas, neste país, elas ocupam a primeira causa de morte, segundo. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco, que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Essa realidade mostra o quão importante se fazer um trabalho preventivo e de acompanhamento com pacientes hipertensos, que caracteriza uma ação própria da Atenção Básica.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2010) a HAS apresenta-se como o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral e, conseqüentemente, é a maior responsável pelos elevados índices de mortalidade cardiovascular.

Nesse sentido, a HAS constituiu uma preocupação para as autoridades de saúde em todo o mundo. Riaz et al (2012) relatam que essa doença, em Portugal, atinge 42,1% dos indivíduos adultos, tendo apenas 11,2% a sua pressão arterial controlada. Os especialistas na área consideram que as alterações do estilo de vida, mundialmente, contribuem para aumentar a pressão arterial, como, por exemplo, o consumo de alimentos ricos em sal, gordura, açúcar e calorias; a diminuição da atividade física e o aumento do consumo de tabaco e álcool.

De acordo com Willar-àlvare et al (2001), uma investigação realizada pela Sociedade Internacional de Hipertensão, em 2001, apontou que 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo morreram por causa da hipertensão, o que representa mais de 20 mil mortes por dia. Investir na prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento adequado é decisivo não só para garantir a qualidade de vida e evitar o surgimento/progressão de complicações, como também para evitar a hospitalização e os conseqüentes gastos em saúde.

A hipertensão arterial é mais frequente em pessoas de raça negra do que em pessoas de raça branca. Nas pessoas de raça negra, a hipertensão aparece mais cedo, é mais grave e resulta em altas taxas de morbidade e mortalidade por ataque cardíaco, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda e insuficiência renal terminal. A incidência de hipertensão aumenta com a idade, após os 50 anos, cerca de 50% da população a desenvolve. A mesma é a mais frequente das doenças cardiovasculares e é o principal fator de risco para complicações mais comuns como o acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e a doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

Desse modo, Bonow (2012) observa que a HAS primária corresponde a cerca de 90% a 95% dos casos em adultos, tendo como desencadeantes os fatores genéticos e/ou fatores que promovam desequilíbrio entre o débito cardíaco e a resistência vascular periférica.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010) alerta que cerca de 40% dos pacientes que sofreram acidente vascular encefálico (AVE) e 25% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão não controlada. Entre os fatores de risco, encontra-se, idade, gênero, etnia, sobrepeso, obesidade, ingestão de sal e álcool, sedentarismo, genética e fatores socioeconômicos.

Diante das diversas complicações que podem surgir por consequências da HAS é certo dizer que essa é uma doença que inspira cuidados e como tal precisa configurar entre as ações permanentes das equipes de saúde especialmente na atenção Básica. As ações de educação em saúde se destacam pela sua eficácia no controle da HAS. Estudo realizado por Oliveira et al (2013) evidenciou que houve mudanças estatisticamente significante no tocante à alimentação mais saudável, rica em consumo de legumes, na adesão à prática de atividade física, na redução da circunferência abdominal e do índice de massa corpórea e no controle da pressão arterial, após os grupos de educação em saúde.

4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Irai do município Irai. Para o cumprimento de nosso trabalho será feito um estudo descritivo, observacional, e de intervenção educativa a os pacientes com diagnostico de hipertensão de nossa unidade de saúde, durante o período de 4 meses, com o objetivo de fazer o levantamento do perfil do usuários da unidade de saúde, desenvolver, junto com a equipe de saúde, estratégias para aumentar o número de pacientes e sua frequência no grupo de hipertensos e desenvolver estratégias para aumentar a adesão dos usuários ao tratamento da hipertensão. O total de pacientes a participarem serão aqueles maiores de 18 anos, de ambos os sexos e que cumpram os critérios de inclusão. Os pacientes serão selecionados por os membros da equipe (médico, enfermagem, ACS) através da revisão dos prontuários, além de outros profissionais tais como fisioterapeuta, psicóloga e nutricionista.

Os critérios de inclusão:

1. Pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial estabelecido e confirmado.
2. Idade acima de 18 anos.
3. Grau de escolaridade: Saber ler e escrever.
4. Ausência de transtornos mentais ou alguma incapacidade motora.

Critérios de exclusão:

1. Aqueles que não cumpram com os critérios de inclusão descritos.

O trabalho de intervenção será estruturado em várias etapas elaboradas para serem seguidas em ordem de ação.

A primeira etapa será o levantamento dos dados da Unidade de Saúde, quantificando o número de hipertensos já cadastrados na Unidade de Saúde segundo o prontuário. Será feito à atualização desses dados, por meio de uma busca ativa de novos pacientes na comunidade e será oferecida uma consulta para cada novo paciente diagnosticado, com coleta de dados tais como medidas

antropométricas, medicamentos em uso e últimos exames realizados para fazer avaliação individual de cada paciente. Na sequência do plano de ação, serão realizados novos exames físicos para avaliar as condições atuais de cada paciente, avaliação do nível de tensão arterial, classificação em seu devido estágio, identificação de possíveis complicações, que possam já estar presentes no momento da consulta. Depois de colhidos os dados, será feita uma tabela na qual constarão o nome dos pacientes, assim como todos os elementos obtidos. Dessa forma, poder-se-á ter um balanço de como está a saúde de cada paciente e, assim, estratificar o risco de cada um, assim como as medidas que deverão ser tomadas individualmente.

Segundo momento. Após esta avaliação individual, serão realizadas as ações de educação em saúde coletivas. Os profissionais envolvidos nesse programa atuarão de duas formas: por meio das visitas domiciliares, interação direta no dia-a-dia do paciente, observação e orientação sobre os seus hábitos diários; e também na unidade de saúde, na realização do aconselhamento por meio de rodas de conversa, palestras e campanhas educativas, de modo a proporcionar atividades que levem conhecimento aos pacientes, mas que ao mesmo tempo façam-nos se sentirem bem ao frequentar a unidade. Por meio dessas medidas, visa-se fortalecer o vínculo entre os profissionais da saúde e os pacientes, aumentarem seu conhecimento e interesse sobre sua própria saúde, fazê-los compreender que o principal responsável pela prevenção e controle dela é ele mesmo e que os profissionais da saúde da unidade estarão sempre à disposição para auxiliá-los em tudo que for preciso. As atividades serão ministradas pela equipe de saúde.

Terceiro momento. Nesta etapa serão avaliados os pacientes em consulta, junto com a equipe e nutricionista. As cifras de pressão arterial y resultados de novos exames de controle lipídeo, função renal, hemograma completo, valoração nutricional, modificação dos métodos e estilos de vida serão variáveis a avaliar. No final faremos uma comparação entre os dados obtidos ao início da intervenção y os dados recolhidos em esta consulta para determinar o impacto das atividades realizadas.

Quarto momento. Fazer análise dos dados obtidos e redação do informe. Ao final divulgação do trabalho.

5 CRONOGRAMA

AÇÕES	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
Primeiro momento	x					
Segundo momento		x	x	x	x	
Terceiro momento						x
Quarto momento						x

6 RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a primeira etapa, momento de levantamento do número de pacientes, diagnóstico, situação e coleta de dados, serão necessários a ação de toda a equipe de saúde; agentes de saúde, enfermeiro e médico serão fundamentais nesse ponto. Já para a segunda etapa, momento de ação de fato, será incluído os profissionais de nutrição, educação física e fisioterapia na avaliação da conduta para cada caso. Como recursos materiais, serão utilizados: resmas de papeis, canetas, computador, projetor multimídia, cadeiras, além da realização de exames laboratoriais.

7 RESULTADOS ESPERADOS

Pretende-se obter com a implementação desse projeto, uma maior adesão dos pacientes ao programa HIPERDIA, assim como sua maior participação nas atividades realizadas para a orientação e prevenção dos agravos que decorrem dessa patologia. Espera-se que os pacientes tenham uma maior compreensão de suas doenças e de suas possíveis complicações, assim como compreendam a necessidade da realização de um tratamento adequado por parte deles, que inclui tomar as medicações em horários regulares, praticar atividades físicas e ter hábitos alimentares mais saudáveis. Será orientado aos pacientes que tais ações não devem ser feitas por obrigação, mas, deve-se buscar sensibilizá-los para compreender a real necessidade de tais procedimentos.

Ao final do período de avaliação, deseja-se que os pacientes apresentem um menor índice de massa corporal, um melhor controle dos seus níveis de tensão arterial e de glicemia sanguínea, mantendo-os nos níveis de normalidade. Espera-se que apresentem também níveis normais de colesterol total e suas frações, triglicérides e função renal, bem como a ausência de complicações decorrentes da patologia.

8 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial no Brasil**: Organização Pan-Americana da Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. IBGE (**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**) Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 22 de fevereiro 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde – 2006 DATASUS**. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em 20 de fevereiro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde – 2011 DATASUS**. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em 20 de fevereiro 2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Sociedade Brasileira de Hipertensão**. Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010.

BONOW, R. O. et al. **Braunwald's Heart Disease**. A Textbook of Cardiovascular Medicine 9th edition, 2012.

HERAQUI, J., SMITTER, M. **Monitório ambulatorio de a pressão arterial em juvenis assintomáticos normotensos**. Universidade de Oriente Núcleo de Bolívar. de Cs de la salud Dpto. De Med. Núcleo Bolívar; UDO. p. 67 (Multígrafo), 1997.

KOTCHEN, T. et al. **Identificar á enfermedades cardiovasculares Predispuestas** [Online], 2000. Disponível em: <<http://www.ucm.es/info/fmed/medicina.edu/cardiovascular/predispuestas>>. Acesso em 5 de Março 2017.

LAMA, T. et al. **Conceptos actuales em hipertensión arterial**. Rev. Med. [Série em línea] p. 107-114, 2001.

MONTENEGRO, M. R; FRANCO, M. **Patologia Processos Gerais**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

OLIVEIRA, T. L. et al. **Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial**. Acta paulista de enfermagem, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013.

RIAZ, K. et al. **Hypertension**. Medscape Reference. 2012.

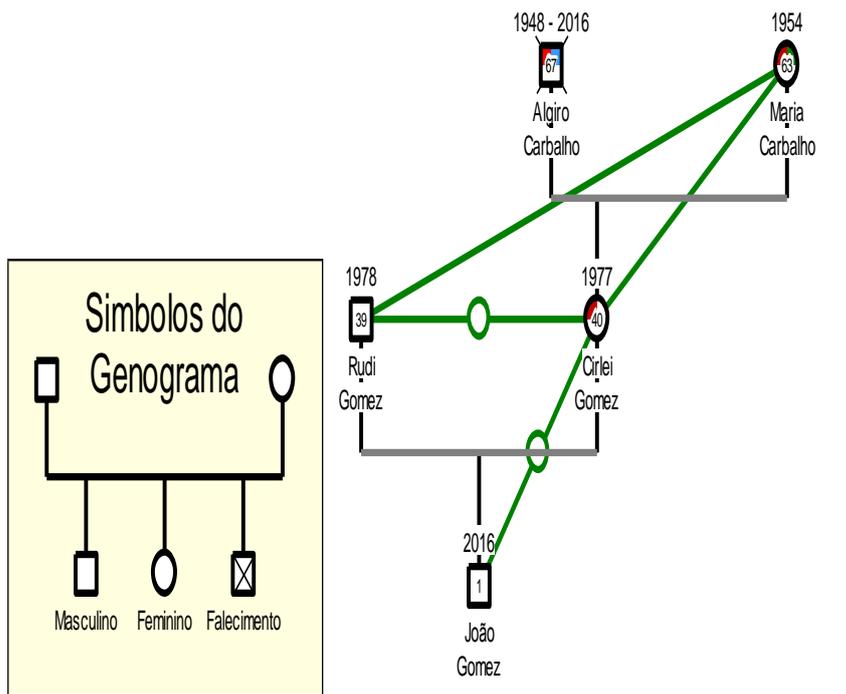
SILVA, M. E. et al. **As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n.4, jul/ago. 2008. Disponível em:<[www.webartigos.com/artigos/a-importancia-do.no-psf-iv/30969/](http://www.webartigos.com/artigos/a-importancia-do-no-psf-iv/30969/)>. Acesso em 22 de fevereiro 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 95, supl. 1, p. 1-51, 2010.

WILLAR-ÁLVAREZ, M. F, et al. **A enfermedades cardiovasculares e sus factores de riesgos em España: feitos e cifras**. Informe SEA. Madrid: ERGON. 2003.

OUTROS ANEXOS

GENOGRAMA DO CASO CLÍNICO



Relacionamentos Familiar

— 3

Relacionamentos Emocionais

— 2 Harmonia

○ 2 Amor

□ 2

□ 1 Doença Cardíaca, Alzheimer

○ 1 Hipertensão / Pressão Alta, Obesidade

○ 1 Hipertensão / Pressão Alta

